

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE 254

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lazare Nathan BAUER

Né le 15 Janvier 1912 à Nice (Alpes-Maritimes)

Externe en Premier des Hôpitaux de Paris

L'ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE DE L'ESTOMAC

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lazare Nathan BAUER

Né le 15 Janvier 1912 à Nice (Alpes-Maritimes)

Externe en Premier des Hôpitaux de Paris

L'ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE DE L'ESTOMAC

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lazare Nathan BAUER

Né le 15 Janvier 1912 à Nice (Alpes-Maritimes)

Externe en Premier des Hôpitaux de Paris

L'ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE DE L'ESTOMAC

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

LE DOYEN.....

TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale... .	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM	
AMELINE	Pathologie	chirurgic.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie	médicale.	LELONG	Pathol. expérimentale
Jstin BESANÇON	Hydrologie.		LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
BERNARD (Etienne)	Pathologie	médicale.	LEVEUF	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie	médicale.	MH J. LEVY.	Neurol. et Psychiatrie
BULLIARD	Histologie.		LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie	médicale.	MENEGAUX	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOREAU	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.		MOULONGUET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.		MOUQUIN	Anat. pathologique.
FUNCK	Pathologie	chirurgic.	OEBRLING	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.		PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.		PIEDELIEVRE	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie	chirurgic.	PORTES	Ophtalmologie.
DE GENNES	Pathologie	médicale.	RENARD	Physiologie.
GAYET	Physiologie.		RICHET	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.		SANNIE	Pathol. expérimentale
HAGUENAU	Pathologie	médicale.	SENEQUE	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.		TROISIER	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.		TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.		VIGNES	Pathologie chirurgic.
JOANNON	Hygiène.		WILMOTH	Pathol chirurgic.
LACOMME	Obstétrique.			

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Physiologie.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pathologie chirurgic.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Pharmacologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROcq	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		HEITZ-BOYER	
DUVOIR		MOURE	
LIAN		QUENU	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
SEZARY		VELTER	
		ECALLE	Clinique obstétricale.
		LE LORIER	
		METZGER	
		GUENIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

EN SOUVENIR DE MON PÈRE

LE GRAND-RABBIN JULES BAUER

Directeur de l'Ecole Rabbiniqne de France
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de la Salpêtrière

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Grand Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter de présider cette Thèse.
Hommage de notre respectueuse reconnaissance.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR R. A. GUTMANN

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Inspirateur de ce travail, nous gardons le souvenir de son précieux enseignement et de sa bienveillance.
En témoignage de notre profonde et respectueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Stage :

M. le Professeur A. GOSSET
M. le Professeur CARNOT
M. le Professeur Agrégé A. SCHWARTZ
M. le Docteur L. RAMOND
M. le Professeur Agrégé TROISIER

Externat :

M. le Docteur BERGER
M. le Docteur LOUSTE (*in memoriam*)
M. le Docteur GUTMANN
M. le Docteur LAEDERICH,

*En reconnaissance du bienveillant intérêt
qu'il n'a cessé de me témoigner au
cours de mes études médicales.*

Externat en Premier :

M. le Docteur AUBOURG
M. le Docteur BOURDIER
M. le Docteur LEMELAND,

*En vive reconnaissance pour l'enseigne-
ment qu'il m'a donné et les marques
de bienveillance qu'il n'a cessé de me
témoigner.*

A MM. LES DOCTEURS OUMANSKI, DREYFUS-LE-
FOYER, ZAGDOUN, SCHWOB, DUFOUR,
BERNAL, P. ABOULKER, J. BERNARD

INTRODUCTION

L'ulcère de la grande courbure de l'estomac a été rarement étudié. Depuis l'important travail de Finsterer et Gloessner en 1913, la seule revue d'ensemble est une thèse de Cormaty (Marseille 1934-1935) où sont publiées deux observations inédites (Modiano et Avram-Aubert) et 10 observations relevées dans la littérature médicale).

Nous essaierons dans ce travail :

1° De mettre en valeur les symptômes cliniques et radiologiques particuliers à l'ulcère de la grande courbure ;

2° D'étudier les principales complications de cette affection, en insistant particulièrement sur les rapports de l'ulcère et du cancer ;

3° D'en discuter le traitement.

Nous éliminerons donc toute question concernant l'ulcère gastrique en général pour n'envisager que les aspects particuliers dus à cette localisation de la maladie de Cruveilhier.

Nous prendrons pour base à cette étude :

1° Des observations relevées dans la littérature médicale (les 12 observations de la thèse de Cormaty, les observations de Mattew, Popovic, Modiano et Avram, Voet, Desjacques, Chapuis et Wenger).

2° Des observations inédites. Deux d'entre elles sont dues à notre Maître, le Docteur R.-A. Gutmann, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse. Les autres proviennent du Professeur Duval et du Docteur Moutier, auxquels nous exprimons nos plus vifs remerciements.

GÉNÉRALITÉS

I. — *Rappel anatomique*

Qu'il nous soit permis de faire un court rappel anatomique.

La grande courbure de l'estomac ou bord gauche est convexe et comprend :

1) Un segment supérieur, faisant partie de la grosse tubérosité donnant insertion au ligament gastro-phrénique.

2) Un segment moyen, vertical.

3) Un segment inférieur oblique en haut, à droite et en arrière.

Sur ces deux derniers segments s'insèrent les ligaments gastro-colique (ou grand épiploon) et gastro-splénique (1).

Cette grande courbure est une ligne à laquelle on ne peut déterminer anatomiquement une largeur. Cependant on peut, en clinique, appeler ulcère de la grande courbure tout ulcère siégeant à un centimètre de part et l'autre de cette ligne.

Nous avons considéré dans ce travail comme ulcères de la grande courbure tous ceux qui ont donné à la radiographie une image comparable à

(1) Ce ligament s'insère en réalité quelques millimètres en arrière de ce bord.

celle de la petite courbure, en éliminant les niches de face.

Le pédicule vasculo-nerveux de la grande courbure chemine dans le ligament gastro-colique à 1 ou 2 cm. de ce bord de l'estomac. Ce fait peut expliquer que l'on n'observe au cours de l'ulcère de la grande courbure ni hémorragie cataclysmique, ni syndrome d'irritation du pneumogastrique.

La muqueuse de la grande courbure présente de nombreux plis cérébriformes, s'opposant en cela à l'aspect lisse et uni de la petite courbure.

II. — *Fréquence de l'ulcère de la grande courbure*

L'ulcère de la grande courbure est rare. Sa fréquence par rapport à celle des autres localisations de l'affection varie selon les auteurs de 1 à 6%.

Le tableau ci-dessous, que nous empruntons à Matthews, précise cette fréquence.

NOMS DES AUTEURS	DATE	U.G.D.	U.G.C.
Birgfeld	1925	223	5
Berthold	1883	373	8
Brinton	1865	220	5
Brunner	1903	380	7
Busch	1909	87	1
Citronblatt	1912	37	2
Federmann	1907	16	1
Finsterer	1910	18	2
Geilinger	1921	862	14
Gruber	1911	97	7
Gluzinski	1900	95	3
Jedlicka	1924	300	3
Kirsch	1910	150	3
Kossinsky	1913	200	13
Kreuzer	1906	142	2

NOMS DES AUTEURS	DATE	U.G.D.	U.G.C.
Mayo	1921	638	9
Nolte	1883	42	1
Podlaha	1923	92	4
Riedal	1909	119	3
Scheuerman	1898	100	3
Schmitt	1910	44	2
Scheider	1906	98	3
Sturtevant et Shapiro . . .	1926	120	14
Timbal	1920	26	10
Wolowelsky	1906	124	13

Il faut cependant reconnaître que certaines de ces statistiques non appuyées d'observations ni de clichés sont extrêmement douteuses et nous les reproduisons sous toute réserve.

On a voulu contester l'authenticité même de ces ulcères.

Pour Frank H. Lahey 100 pour 100 des lésions de la grande courbure seraient malignes.

Pour K. H. Bauer et pour Aschoff les ulcères de la grande courbure seraient en réalité des ulcérations tuberculeuses, syphilitiques, cancéreuses ou corrosives.

Cependant les observations complètes avec examen histologique d'ulcère de la grande courbure permettent d'affirmer la réalité de cette affection.

Mattews relate 11 cas vérifiés histologiquement. Nous pouvons y joindre 2 cas de Heim, 1 de Modiano, 1 de Aubert, 1 de Popovic, 1 de Gutmann, 1 de Duval, ce qui fait 17 ulcères de la grande courbures incontestables.

III. — Pathogénie

Sans étudier la pathogénie générale de l'ulcère, nous essaierons d'expliquer la rareté de cette locali-

sation dont l'existence même est en opposition avec la théorie de la « Magenstrasse ».

Selon la loi de K. H. Bauer, l'ulcère de l'estomac siègerait là où des conditions anatomiques et fonctionnelles empêcherait la guérison de lésions aiguës (Defect) qui peuvent apparaître n'importe où.

L'existence de ces lésions aiguës n'est pas prouvée. Et quand bien même elle le serait, cela n'expliquerait pas pourquoi les conditions anatomiques et fonctionnelles de la grande courbure seraient plus aptes à guérir les « Defect » que celle de la petite courbure.

Pour Leriche, l'ulcère siègerait toujours au niveau des zones gastriques renfermant des glandes à mucus. La répartition de ces zones est mal connue. Il semble cependant que la grande courbure ne possède pas de ces glandes, tout au moins dans ses $\frac{2}{3}$ supérieurs. Aussi pour Brenckmann les ulcères de la grande courbure se développeraient sur un territoire modifié par une involution muqueuse localisée.

Carnot, Tissier, Simonnet et Cachera en essayant de produire expérimentalement des ulcères gastriques par injection intra-tissulaire d'acide chlorhydrique, n'ont pu produire que 9 % d'ulcères sur les faces ou sur la grande courbure de l'estomac alors que l'injection au niveau de la petite courbure réussit dans 100 % des cas.

Ce n'est d'ailleurs là qu'une constatation mais non une explication.

En réalité on est encore dans l'impossibilité d'apporter une réponse satisfaisante à cette question.

IV. — *Étiologie.*

1) *Âges des malades.* — On peut observer des ulcères de la grande courbure à tout âge. On en a signalé chez l'enfant et chez le vieillard. L'observation N° 1 de Gutmann concerne un homme de 65 ans. Mais la plupart des observations se rapportent à des sujets âgés de 30 à 50 ans.

2) *Sexe.* — La femme paraît aussi exposée que l'homme.

3) *Autres conditions.* — La profession ne paraît jouer aucun rôle.

Toutes nos observations concernent des sujets ne présentant aucun antécédent pathologique gastrique. Cependant, signalons que Dechambre et Nebout ont publié « un cas de lésion de la grande courbure à type ulcéreux paraissant guéri par le traitement antisiphilitique ». Mais l'examen histologique n'a pas été pratiqué et la guérison par ce traitement ne datait que de 6 mois lors de la publication de cette observation alors que l'intervalle libre entre deux périodes ulcéreuses peut atteindre et souvent même dépasser un tel délai.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'ulcère de la grande courbure est généralement unique.

Nous n'avons pu trouver de localisations multiples de la maladie ulcéreuse sur la grande courbure.

Par contre l'ulcère de la grande courbure peut être associé à un ulcère de la petite courbure (obs. de Sommer, Lorenz, et Gutmann N° 1) ou à un ulcère duodénal (Walther).

La hauteur de la lésion sur la grande courbure est variable.

Les observations que nous avons retenues se rapportent :

7 fois à un ulcère siégeant au niveau du 1/3 supérieur,

5 fois à un ulcère siégeant au niveau du 1/3 moyen,

4 fois à un ulcère siégeant au niveau du 1/3 inférieur.

La taille de l'ulcère est variable. L'observation de Gutmann N° 1 se rapporte à un très petit ulcère.

Cependant la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître la fréquence des ulcères géants.

Mattews relate un ulcère de 5 pouces, Heim un ulcère de la taille d'une pièce de 5 marks, Simon un ulcère de 4 cm. × 5 cm., Modiano et Avram un ulcère gros comme une pièce de 2 francs.

Les autres caractères macroscopiques et microscopiques de l'ulcère de la grande courbure ne

diffèrent en rien de ceux des autres localisations de la maladie de Cruveilhier.

L'évolution anatomique de l'ulcère de la grande courbure est semblable à celle des autres ulcères. Quelques particularités cependant doivent être signalées :

1° Nous n'avons trouvé dans aucune observation l'existence de sténoses cardiaque, médiogastrique ou pylorique.

2° L'ulcère de la grande courbure est fréquemment pénétrant. Dans une observation de Sladky, il pénètre dans le foie, et la paroi abdominale antérieure, le fond de l'ulcère étant formé par les cartilages costaux. Dans une autre de Sommer, il pénètre le mésocolon transverse. Dans celle de Matthews c'est l'épiploon qui est pénétré ; celle de Walther se rapporte à un ulcère pénétrant le colon transverse.

Mais c'est surtout la pénétration intrasplénique qui est spéciale à l'ulcère de la grande courbure.

L'important travail de Finsterer et Gloessner (1913) a pour base un ulcère pénétrant dans la rate et ayant érodé la veine splénique.

Les observations d'Aubert, de Popovic, relatent des cas semblables.

Cette dernière observation est intéressante par l'importance de la pénétration qui creuse le parenchyme splénique jusqu'à la capsule.

L'adhérence de la pénétration est variable. Elle était lâche dans les cas de Finsterer et d'Aubert, indisséquable dans celui de Popovic.

Quoi qu'il en soit, cette complication entraîne toujours la nécessité opératoire d'une splénectomie.

3° L'ulcère de la grande courbure peut se can-

cériser. C'est sur ce dernier point important pour la thérapeutique que nous voudrions insister.

Nous ne possédons que peu d'exemples de cette cancérisation. M. R. A. Gutmann a déclaré dans son rapport au II^e Congrès international de gastro-entérologie :

« J'ai vu opérer 6 ulcères de la grande courbure. Un seul était transformé. A la lecture des cas publiés on se rend d'ailleurs compte que sur la grande courbure la transformation est plutôt rare. »

Nous avons pu retrouver deux observations de dégénérescence maligne :

1 observation de Gutmann,

1 observation de Radojevic (reproduite dans la thèse de Cormaty).

Nous ne tiendrons pas compte de l'observation de Kraft (reproduite dans la thèse de Cormaty) qui paraît être un cancer ulcérimforme.

Etant donné le petit nombre d'ulcères connus et le nombre encore plus restreint de cas suivis d'examens histologiques, la cancérisation paraît donc une complication rare mais peut-être non exceptionnelle.

Nous verrons lors de l'étude clinique de l'ulcère de la grande courbure combien il est difficile de reconnaître de l'ulcère simple, l'ulcère cancérisé et le cancer ulcérimforme et quelle conclusion pratique il semble falloir tirer de la possibilité d'une telle complication.

4^e Les autres complications de l'ulcère de la grande courbure n'ont rien de spéciales.

Nous ne ferons que citer :

l'hémorragie, qui est rarement abondante,
la périgastrite, sans pénétration,
la perforation du péritoine libre.

5° Enfin, signalons un cas unique d'ulcère
de la grande courbure récidivant sur ce même bord
après gastrectomie annulaire (Obs. de Modiano et
Avram, reproduite plus loin).

ÉTUDE CLINIQUE

I. — *Ulcère de la grande courbure non compliqué*

Nous avons été gêné dans cette étude par l'imprécision des observations publiées. Certains auteurs se contentent de parler de syndromes ulcéreux. D'autres, et c'est la majorité, ne précisent pas le caractère de périodicité si important pour le diagnostic de l'ulcère comme l'a montré M. R. A. Gutmann.

Comme tout ulcère gastro-duodénal, l'ulcère de la grande courbure évolue par périodes douloureuses, séparées par des intervalles de bien-être absolu.

LA PÉRIODE ULCÉREUSE consiste essentiellement en des *douleurs*.

C'est le seul symptôme constant. Cette douleur est caractérisée par :

a) *son horaire*. — Elle survient en général 2 à 3 heures après le repas. Elle peut cependant être plus précoce (immédiatement après le repas : Koch et Balladan ; 1/2 heure après le repas : Aubert), ou plus tardive.

b) *son siège*. — Epigastrique.

c) *son irradiation*. — Dans le dos, en ceinture, parfois à prédominance droite. C'est un symptôme inconstant.

d) *son intensité*. — Elle est variable. On note souvent une exacerbation nocturne.

e) *son type*. — Pesanteur, brûlure ou crampe. Dans les deux observations de Matthews elle prend le type de la faim douloureuse.

f) *sa durée*. — Elle est rarement précisée dans les observations. Dans les deux observations de Matthews elle persiste jusqu'au prochain repas, se rapprochant en cela du rythme de l'ulcus duodénal.

Enfin certains auteurs signalent que la douleur est calmée par l'ingestion d'alcalins, par les vomissements ou par le décubitus.

Cette douleur revêt donc des caractères un peu différents selon les individus. Mais au cours des différentes périodes ulcéreuses, cette douleur a toujours la même forme chez un même individu.

Les autres éléments du syndrome ulcéreux sont inconstants :

a) *les vomissements* ont été signalés par quelques auteurs ; ils calment généralement la douleur.

b) *les hémorragies* sont rares, le plus souvent occultes.

c) l'appétit est conservé ; la constipation fréquente.

Cette période ulcéreuse est d'une durée variable, généralement de 15 jours à un mois.

LES INTERVALLES DE BIEN-ÊTRE sont exempts de toute manifestation douloureuse. Ils durent plus ou moins longtemps selon les individus, mais conservent toujours une durée constante chez un même malade tant que l'ulcère n'est pas compliqué.

Nous verrons plus loin l'intérêt séméiologique de toute modification de ce rythme ulcéreux. Il est à remarquer que les observations des auteurs étran-

gers, en dehors de celles de Matthews, ne précisent pas cette périodicité. Par contre nous la retrouvons dans presque toutes les observations des auteurs français : Duval, Gutmann, Matthews, Modiano et Avram, Voet, Dechambre et Nebout, etc...

En résumé, la symptomatologie fonctionnelle de l'ulcère de la grande courbure ne présente rien de particulier qui puisse la différencier de celle des autres localisations ulcéreuses.

L'état général des malades paraît souvent assez sérieusement touché. L'amaigrissement est fréquent comme le signalent Heim, Matthews, Popovic, Gutmann, Duval, etc.

Cependant un amaigrissement important doit faire craindre une complication telle que la dégénérescence maligne.

L'examen physique, même pratiqué en périodes de crises, donne peu de renseignements. Heim constate l'existence d'un point douloureux au milieu de la ligne xipho-ombilicale. Duval a trouvé un point douloureux sus-ombilical droit, Modiano et Avram un point douloureux dans l'hypocondre gauche. Matthews a simplement constaté un hypocondre tendu.

L'examen physique du malade est en réalité surtout intéressant pour les éléments négatifs qu'il donne (absence de réaction vésiculaire, appendiculaire, etc...).

Le tubage n'apporte pas d'éléments importants pour le diagnostic. Les résultats sont inconstants. Dans 7 cas indiscutables d'ulcères de la grande courbure où le tubage a été pratiqué, nous avons relevé :

2 fois des résultats normaux (Simon, Lorenz),

4 fois des résultats inférieurs à la normale (Koch et Baladan, Heim, Matthews, Popovic),

1 fois supérieurs à la normale (Sladky).

L'examen des selles permet, comme dans tout ulcère, de constater la présence intermittente de sang (Sladky, Lorenz).

Nous étudierons plus loin les résultats de la Radiographie et de la GastroscoPie.

Cette étude clinique concerne l'ulcère de la grande courbure quelle que soit sa hauteur. On ne peut décrire de formes cliniques différentes pour l'ulcère juxta-cardiaque ou l'ulcère juxta-pylorique, qui présentent exactement les mêmes symptômes et la même absence de signe de sténose (Obs. de Voet).

II. — *Ulcère de la grande courbure compliqué*

Nous n'insisterons que sur les complications de l'ulcère de la grande courbure qui présentent des caractères spéciaux en raison de leur localisation.

1) *La sténose.* — Rappelons que la sténose cardiaque, médiogastrique ou pylorique n'a jamais été signalée au cours de l'ulcère isolé de la grande courbure, même dans les cas d'ulcères prépyloriques. La constatation d'une telle complication doit faire penser soit à l'association à un deuxième ulcus (P. C. pylorique ou duodénal), soit à un cancer (Obs. de Kraft).

2) *Les hémorragies* sont rares au cours de l'ulcère de la grande courbure. Nous n'avons trouvé aucune observation relatant une hémorragie de grande abondance. Cela n'est d'ailleurs pas spécial à la grande courbure. M. R. A. Gutmann a montré en effet que ce « symptôme », considéré autrefois comme indispensable pour étayer un diagnostic d'ulcère, est en réalité une complication assez rare.

3) *La perforation en péritoine libre* est assez fréquente. Brummer en cite 15 cas ; Radoievitch en signale 8 sur 600 perforations d'ulcus gastro-duodénal ; Mondor 1 sur 170 cas ; Mayo, en 1921, 9 sur 534 cas.

Sa clinique, son évolution et son pronostic sont ceux de toute perforation l'ulcères gastriques.

4) *La périgastrite ulcéreuse* n'a rien de spécial. Elle paraît fréquente.

Elle peut être antérieure et déterminer un certain degré de manque de souplesse de la paroi abdominale, parfois même une sorte de tuméfaction qui, jointe à une modification du syndrome ulcéreux, est bien faite pour simuler un cancer.

Elle peut être postérieure, latérale gauche, provoquer des adhérences avec le foie, la queue du pancréas ou la rate. Elle est une grosse gêne opératoire et peut même obliger à pratiquer une splénectomie (Obs. Duval).

5) *La pénétration*. — Elle peut se faire dans tous les organes voisins. Elle peut être silencieuse ou s'accompagner de déformation du syndrome ulcéreux telle que prolongation de la durée ou de l'intensité des douleurs, disparition des intervalles de bien-être, atteinte grave de l'état général. Le diagnostic pré-opératoire du siège de la pénétration paraît impossible.

Cette pénétration peut se faire :

dans la paroi abdominale antérieure (Obs. de Sladky). Dans ce cas, elle a donné une tuméfaction palpable, douloureuse, faisant penser au cancer ;

dans l'épiploon et le colon transversé, donnant également un aspect pseudo-néoplasique (Matthews, II).

Mais c'est surtout la pénétration dans la rate

qui est caractéristique de l'ulcère de la grande courbure.

Le diagnostic clinique de cette complication semble bien difficile car on ne peut en décrire aucun symptôme pathognomonique.

Aubert décrit une douleur légère spontanée siégeant dans l'hypocondre gauche, irradiant en haut, présentant des paroxysmes sans horaire fixe.

Finsterer a constaté une douleur continue et violente à exacerbaton post-prandiale.

Popovic note une exagération des douleurs tant dans leur intensité que dans leur durée ainsi que l'apparition de moelena. A l'examen physique il constate « sous le rebord costal et au milieu une résistance assez dure, peu douloureuse, grosse comme un poing, relativement bien limitée » ; par contre, la rate paraît normale.

L'état général est toujours sérieusement touché. Il y a gros amaigrissement et asthénie.

On comprend qu'un tel tableau en impose pour un cancer.

6) *La cancérisation.* — La cancérisation, comme nous l'avons vu, peut se voir au cours de l'évolution de l'ulcère de la grande courbure. Son diagnostic, dès son début, est extrêmement difficile, du fait du peu de netteté des symptômes. Nous aurons à étudier également le problème du cancer ulcéreux. Du fait de leur complexité et de leur intérêt, ces problèmes seront étudiés tant ici que lors des études radiologiques, gastroscopiques et diagnostiques de l'ulcère de la grande courbure.

Disons tout de suite qu'il n'existe pas de symptômes cliniques pathognomoniques qui permettent de faire le diagnostic de cette transformation à son début, au moment où une intervention pourrait sau-

ver le malade. Mais il existe des modifications cliniques du syndrome ulcéreux, qui permettent, à un examen attentif, d'affirmer que l'évolution de l'ulcère n'est pas normale, et qu'une possibilité de dégénérescence doit être envisagée. L'observation d'ulcère cancérisé de M. R. A. Gutmann est éminemment suggestive et montre combien il faut se méfier :

- d'une prolongation des périodes ulcéreuses,
- d'un changement des caractères de la douleur, dont le rythme post-prandial devient moins net,
- de la diminution ou de la disparition de l'intervalle de bien-être,
- de l'apparition de symptômes nouveaux, tels que de petites hémorragies, d'amaigrissement important.

Le diagnostic de la cancérisation de l'ulcère de la grande courbure paraît encore plus difficile que celui de la dégénérescence de l'ulcère de la petite courbure ou du pylore, du fait de la fréquence d'un amaigrissement important au cours de l'ulcère de la grande courbure non dégénéré, du fait également de la fréquence des complications telles que la péritigastrite ou les pénétrations qui donnent un syndrome sensiblement semblable.

Aussi ne s'agit-il pas d'affirmer que l'ulcère est cancérisé. Ce qu'il faut savoir, c'est si l'ulcère suit une évolution normale ou suspecte. Dans ce cas, sans qu'il soit possible d'affirmer la nature de la complication, il faut intervenir d'urgence pour éviter de laisser évoluer un cancer.

Nous verrons plus loin l'apport de la radiologie et la gastroscopie à ce problème.

LA RADIOLOGIE DE L'ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE

A) *Description des images observées par les auteurs des observations retenues dans cette thèse*

I. — LES SIGNES RADIOLOGIQUES DE L'ULCÈRE NON COMPLIQUÉ

On peut classer en trois groupes les descriptions des auteurs :

1) *La Niche.* — Matthews décrit une niche simple (filling defect) ; Voet (ulcère prépylorique), une déformation angulaire surmontée par une bulle d'air avec convergence des plis de la muqueuse ; Duval, une niche.

2) *La Niche inscrite dans une lacune.*

Heim constate une niche inscrite dans une lacune avec disparition des plis muqueux.

Modiano et Avram (1^{re} Obs.), une niche volumineuse sessile conique, non homogène, inscrite dans une zone excavée (Fig. n° 4).

Modiano et Avram (Obs. de récidence), une image sensiblement pareille à la première. mais la niche est plus petite, inscrite dans une lacune plus grande (Fig. n° 5).

Gulmann a observé une petite niche sessile, étirée, inscrite dans une lacune de forme spéciale (niche encastrée) (Fig. n° 1).

3) *Autre image* : Koch et Baladan décrivent un défaut de remplissage constant avec image dentelée.

II. — LES SIGNES RADIOLOGIQUES DE L'ULCÈRE COMPLIQUÉ

a) *Ulcère cancérisé*. — L'image observée par Gutmann est une niche irrégulière, non homogène, inscrite dans une lacune assez irrégulière (Fig. n° 9).

b) *Ulcère avec périgastrite*. — Simon observe une lacune rectangulaire à contour irrégulier,
Lorenz (I) une niche,
Lorenz (II) une petite encoche sur la grande courbure.

c) *Ulcère pénétré*.

Dans le mésocolon : Sommer constate une niche opaque bien limitée.

Dans la rate : Finsterer et Gloessner décrivent une niche large de 3 travers de doigts, à contour irrégulier, reliée à l'estomac par un pédicule. Sur petite courbure une contraction.

Popovic : une niche profonde, avec niveau, reliée à l'estomac par un pédicule à contour irrégulier.

Aubert : une niche sessile.

Mattews : une grande niche avec arrêt des ondes péristaltiques, associée à un vaste cratère.

d) *Ulcère perforé*. — La radiographie sans repas opaque montre une collection gazeuse sous diaphragmatique (identique à celle de tout ulcère perforé) (Desjacques, Chapuis et Wenger).

B) Synthèse des signes radiologiques de l'ulcère de la grande courbure

I. — ULCÈRE NON COMPLIQUÉ

a) Signes directs.

En ne tenant compte que des observations comportant un contrôle histologique, on peut donc décrire trois aspects différents à l'image ulcéreuse de la grande courbure :

1. la niche simple,
2. la niche inscrite dans une lacune,
3. la lacune.

1. *La niche simple.* — C'est la même image que celle de l'ulcère de la petite courbure. Tout au plus peut-on dire qu'elle a tendance à être géante et irrégulière dans sa forme et son homogénéité. Elle peut être surmontée par une bulle d'air.

2 et 3. *La niche inscrite dans une lacune et la lacune.* Elles sont particulièrement intéressantes par leurs ressemblances avec les images néoplasiques et par leur fréquence.

Dans le premier cas il s'agit d'une niche triangulaire ou conique, de volume variable, à bord irrégulier, non homogène, située dans une lacune 2 ou 3 fois plus grande qu'elle. Le sommet de l'image triangulaire n'atteint généralement pas, ou, en tout cas, ne dépasse pas la prolongation de la grande courbure de l'estomac.

C'est une image qui ressemble beaucoup à celle de certains cancers ulcérifformes de la petite courbure. C'est, semble-t-il, l'aspect le plus fréquent de l'ulcère de la grande courbure.

Comment expliquer ces différents aspects d'une même lésion ? Pour Gutzeit et Kulhmann, il y aurait, au devant de l'ulcère, une sorte d'intrication des plis de la muqueuse comparable à la disposition des tuiles d'un toit. C'est cette formation en paquets de plis (Packfaltenbildung) qui se traduirait radiologiquement par une lacune arrondie à double paroi et que montrerait la gastroscopie. Il s'agirait d'une réaction de défense de la muqueuse qui protégerait ainsi la zone ulcérée et expliquerait la rareté de l'ulcère de la grande courbure et la difficulté de le produire expérimentalement.

Cette réaction de défense serait possible grâce à la grande mobilité de la muqueuse de la grande courbure, lorsque celle-ci est encore saine.

L'image lacunaire ne pourrait donc se voir que dans les ulcères jeunes et l'image de niche serait celle des vieux ulcères.

Ces explications sont évidemment séduisantes et nous devons constater que les observations de Modiano et Avram, Popovic, Simon, Koch et Baladan, se rapportant à des ulcères jeunes, constatent une disposition lacunaire, alors que celles de Voet, Matthews et Duval, concernant des vieux ulcères, relatent l'existence d'une niche.

Nos autres observations ne sont pas suffisamment précises quant à l'âge de l'ulcère.

Cependant l'observation gastroscopique ne paraît pas, ainsi que nous le verrons plus loin, confirmer cette théorie.

Pour Simon et pour Koch et Baladan, l'image lacunaire serait due à une grosse infiltration œdémateuse péri-ulcéreuse, semblable à celle qu'on observe fréquemment dans l'ulcère du duodénum. Cette explication plus simple que la précédente pa-

raît rendre compte aussi fidèlement que la première des différents aspects radiologiques.

On comprend parfaitement qu'une muqueuse malade, épaissie, cartonnée, ne se laisse pas soulever par l'œdème aussi facilement qu'une muqueuse saine et lâche.

Quoi qu'il en soit, contentons-nous de conclure que l'ulcère jeune paraît donner des images lacunaires plus souvent que les ulcères anciens.

b) *Signes indirects.* — Ils sont variables et inconstants.

Selon les auteurs, il y a, ou il n'y a pas :
de modifications de la petite courbure,
d'aspect radié des plis muqueux,
de disparition des plis muqueux,
d'arrêt du péristaltisme.

Pour Gutzeit et Kulhmann, on noterait un pli muqueux transversal allant de la niche à la petite courbure, perpendiculaire aux plis normaux de la muqueuse, et arrêtant la progression de la baryte « comme une digue ».

Nous ne l'avons retrouvé sur aucun de nos clichés. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce signe lors de l'étude de la gastroscopie.

Enfin, notons un signe négatif important : il n'y a jamais d'image de sténose même en cas d'ulcère pré-pylorique.

Avant de terminer ce chapitre rappelons que pour diagnostiquer un ulcère de la grande courbure, comme pour d'ailleurs diagnostiquer n'importe quel ulcère, il faut d'excellentes radiographies pratiquées en période de crise, car tout porte à croire que l'image ulcéreuse disparaît après la crise.

II. — ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE COMPLIQUÉ

1) *L'ulcère cancérisé.* — On prévoit aisément que le diagnostic de la dégénérescence de l'ulcère sera rendu malaisé, impossible même, du fait que l'image normale de l'ulcus non compliqué est déjà d'allure néoplasique.

Aussi n'est-on pas surpris en constatant que l'image radiologique de l'ulcère cancérisé de l'observation de R. A. Gutmann, n'est guère différente de celles des ulcères non transformés. Il s'agit également d'une grosse niche triangulaire et irrégulière, d'opacité non homogène, inscrite dans une lacune. Le diagnostic de la transformation a d'ailleurs été fait bien plus sur la clinique que sur la radiologie.

Il semble cependant qu'il faille se méfier d'une rigidité segmentaire, d'une disproportion entre l'importance de l'image radiologique et des phénomènes cliniques, des images microlacunaires.

Enfin, comme dans les autres localisations de la maladie ulcéreuse, il serait intéressant d'étudier l'évolution de l'image radiologique après la période ulcéreuse. La disparition de la lacune ou de la niche doit permettre de poser un bon pronostic. Malheureusement nous n'avons pu trouver l'ulcère de la grande courbure régulièrement suivi radiologiquement.

2) *Les autres complications.* — Il n'existe pas non plus d'images radiologiques propres à chacune des complications — si ce n'est que les pénétrations profondes, viscérales donneraient un niche allongée, étirée, souvent pédiculée. La présence d'un pé-

dicule long devrait faire penser à une pénétration intrasplénique.

Enfin, nous avons vu que la perforation de l'ulcère en péritoine libre donne une image de pneumopéritoine, identique à celle de toute perforation de viscères creux.

LA GASTROSCOPIE

L'ulcère de la grande courbure donne à la gastroscopie une image comparable à celle des autres ulcères, si ce n'est que la difficulté de déplisser la grande courbure et le grand nombre des plis muqueux longitudinaux normaux de cette zone, rendent l'examen plus difficile. On sait en effet que la grande courbure s'oppose par la richesse de ses plis à l'aspect lisse de la petite courbure. L'ulcère peut être en quelque sorte porté par ces plis muqueux (Obs. du D^r Moutier N° 1) ou au contraire être partiellement recouvert par eux (Obs. du D^r Moutier, N° 2) (Voir Fig. n^{os} 6 et 7).

L'ulcère siégeant exactement sur la grande courbure passe pendant l'examen de droite à gauche et de gauche à droite du champ gastroscopique, suivant les mouvements normaux de l'estomac : ce qui démontre bien que la grande courbure est une forme idéale (Obs. du D^r Moutier, N° 1, Fig. N° 7).

Pour Gutzeit et Teitge, l'altération des plis de la muqueuse suffirait à faire penser à l'ulcus, même lorsqu'on ne voit pas la niche. Cependant l'état lacunaire de la grande courbure et la suppression des dentelures dans le territoire douteux font davantage penser à un carcinome. Mais il existerait un énorme pli transversal, large comme le petit doigt, nettement marqué, coupant les plis longitudinaux de la grande courbure, supportant à une extrémité l'ulcère et allant se perdre de l'autre dans une boule

d'œdème près de la petite courbure. C'est ce pli qui retiendrait la baryte comme une digue au cours des radiographies en position verticale, signe que nous avons décrit lors de l'étude radiologique. A la gastroscopie, d'autre part, on verrait également la disposition en « tuiles de toit » dont nous avons déjà parlé.

Ces constatations ont été faites par Gutzeit et Teitge sur deux malades.

M. Moutier n'a pas eu l'occasion de reconnaître de pareilles dispositions au cours des gastroscopies qu'il a pratiquées chez trois sujets atteints d'ulcères de la grande courbure.

L'examen gastroscopique peut être d'un appoint assez important pour le diagnostic de la cancérisation. La constatation sur un côté de l'ulcère d'une coulée d'épithélioma, dans l'espèce d'un gros pli en forme de talus ou de capuchon, de végétations rases, granuleuses, d'une rigidité de la muqueuse, permettent de penser à une transformation néoplasique. Mais il semble que ce diagnostic ne peut être fait avec certitude qu'à une période relativement tardive de l'affection. La gastroscopie ne peut donner des résultats plus précis que l'examen direct opératoire de la pièce anatomique. Or nous verrons combien cet examen macroscopique est trompeur.

D'ailleurs M. Moutier déclare « Demander à la gastroscopie... de faire un diagnostic absolument irréfutable au début d'un cancer de l'estomac, avant d'intervenir, c'est se condamner, à de rares exceptions près, à opérer toujours trop tard ».

LE DIAGNOSTIC DE L'ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE

A) *Diagnostic positif*

Le diagnostic positif de l'ulcère de la grande courbure repose essentiellement sur les constatations cliniques et radiologiques que nous venons de décrire.

Nous avons suffisamment insisté sur la valeur du syndrome ulcéreux que l'on doit toujours retrouver par l'interrogatoire du malade ; sa constatation permet de porter le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal.

Nous avons également décrit la niche et la lacune radiologique qui permettent de localiser sur la grande courbure la maladie de Cruveilhier.

Mais si ce diagnostic est facile en cas d'ulcère typique non modifié par une complication, il devient extrêmement difficile lorsque le rythme ulcéreux est modifié ou détruit, lorsque l'image radiologique est rendue atypique par une évolution anormale de l'affection. Il faut savoir, dans ce cas, retrouver par l'interrogatoire le début typique de l'histoire ulcéreuse de la maladie avant l'apparition de la complication.

B) *Diagnostic différentiel
de l'ulcère de la grande courbure*

Il diffère peu du diagnostic des autres localisations de l'ulcère gastro-duodéal.

Il faut discuter des affections extra-gastriques et des affections gastro-duodénales.

a) *Diagnostic différentiel de l'ulcère de la grande courbure et des affections extra-gastriques.*

1. *La cholécystite calculeuse ou non* est d'un diagnostic difficile, surtout dans sa forme gastralgique. Mais sa périodicité si spéciale en petite crise de 2 à 5 jours, sans intervalle de bien-être complet, son rythme irrégulier, sa zone douloureuse vésiculaire, le signe de Murphy, la constatation d'un subictère, les symptômes radiologiques de l'affection, en permettent cependant le diagnostic.

2. *L'appendicite chronique* peut revêtir également une forme gastralgique. Cependant elle ne revêt jamais une périodicité nette ; sa zone douloureuse est différente. Cependant on sait que l'association ulcus-appendicite est assez fréquente.

3. *La colite* peut en imposer aussi pour un ulcère. Mais en sa faveur plaident un syndrome douloureux tardif, sans périodicité, une douleur abdominale classiquement en cadre. Insistons sur la valeur des examens radiologique et coprologique.

4. Enfin la petite *hernie épigastrique*, volontiers douloureuse, passe souvent inaperçue et peut faire discuter l'ulcus si on ne pense pas à la rechercher.

b) *Diagnostic différentiel de l'ulcère de la grande courbure et des affections gastro-duodénales.*

Ce sont les diagnostics les plus difficiles.

1. *Les différentes gastrites.* On est amené à poser le diagnostic de gastrite en présence d'un syndrome ulcéreux peu net ou déformé, surtout lorsqu'on est gêné par la mauvaise qualité des clichés radiologiques.

L'interrogatoire attentif du malade, des examens radiologiques bien pratiqués, doivent permettre le diagnostic.

2. *Les autres ulcères gastro-duodénaux.* Nous avons vu que ce diagnostic repose sur les examens radiologiques bien plus que sur les nuances du syndrome clinique.

3. *Le cancer de l'estomac.* C'est l'erreur de diagnostic la plus fréquente et la plus grave.

Il peut y avoir confusion entre :

a) L'ulcère simple ou compliqué de périgastrite ou de pénétration.

b) L'ulcère cancérisé.

c) Le cancer ulcérimforme.

L'erreur de diagnostic peut se faire dans plusieurs sens :

a) Certains auteurs ont diagnostiqué un cancer alors qu'il s'agissait d'un ulcère simple (Koch et Baladan, Heim) ou compliqué de pénétration (Sladky, Matthews). Cette erreur a peu d'importance pour la vie du malade.

b) D'autres auteurs ont diagnostiqué un ulcère cancérisé alors qu'il n'y avait pas de transformation (Popovic).

c) D'autres enfin, erreur grave, ont cru à un ulcère alors qu'il s'agissait d'un cancer (Observation de Sproull que nous reproduirons plus loin. Observation de Heim, ainsi rédigée : Un homme de 39 ans présente une histoire clinique et radiologique d'ulcère. Il est opéré avec le diagnostic d'ulcère de la grande courbure. L'examen histologique démontre l'existence d'un cancer).

La difficulté de ces diagnostics se comprend aisément. On ne peut en effet décrire aucun signe différentiel pathognomonique de l'ulcère et du cancer et du cancer ulcériforme de la grande courbure.

Ce dernier présente une lenteur d'évolution, parfois une périodicité fort comparable à celle de l'ulcère.

Ce diagnostic d'ailleurs n'est pas spécial à l'ulcère de la grande courbure, mais présente une difficulté toute particulière dans ce cas. Au niveau de la grande courbure, en effet, on ne peut accorder la même valeur que sur la petite courbure à un *ulcus-wall*, à un aspect encastré, à une lacune des plis, à une niche géante à bord irrégulier à fond non homogène, à une image en ménisque. Ce sont là des symptômes qui peuvent se voir dans l'*ulcus* simple non dégénéré de la grande courbure. Seul le signe de Gutzeit et Kulhmann serait pathognomique. Nous avons vu combien il est inconstant.

Sur quoi faire reposer le diagnostic ?

Sur le tubage ? Mais nous avons vu combien ses résultats sont variables. Sur la gastroscopie ? Elle paraît donner des résultats assez tardifs.

Ce n'est pas non plus sur un examen clinique et radiologique isolé qu'on puisse poser un tel diagnostic. Par contre nous croyons qu'on doit attribuer une grande valeur à l'évolution clinique et radiologique de l'histoire ulcéreuse.

C'est sur des modifications de cette évolution que R. A. Gutmann a posé le diagnostic pré-opératoire du cas dont nous publions l'observation ci-après, alors que l'image radiologique isolée ne diffère en rien de celle d'un ulcus non transformé.

Il semble donc qu'on doit se méfier particulièrement :

d'une période qui se prolonge au delà de la durée ordinaire,

de douleurs qui présentent une exacerbation inaccoutumée, ou qui, au contraire, deviennent moins intenses, plus sourdes mais plus prolongées, continues, moins bien rythmées par les repas,

d'intervalles de bien-être moins complets et moins longs,

d'apparition de symptômes nouveaux tels que de petites hémorragies répétées, de vomissements à type de stase, d'anorexie,

d'atteinte grave de l'état général avec amaigrissement et asthénie,

d'inefficacité du traitement médical alors que celui-ci avait agi rapidement au cours des crises antérieures ; le test thérapeutique paraît avoir une énorme valeur,

d'une disproportion entre l'importance de l'image radiologique et les phénomènes cliniques, qu'il s'agisse d'une grosse niche avec une histoire clinique récente ou au contraire une petite niche disproportionnée avec une période prolongée et peu typique par son allure,

d'une image de sténose que nous n'avons jamais rencontrée au cours de l'ulcère simple.

Enfin, comme dans les autres localisations ul-

céreuses, il est vraisemblable que la persistance radiologique de la niche après la période ulcéreuse est un symptôme en faveur du cancer.

Ces symptômes ou plutôt ces nuances cliniques et radiologiques ne sont d'ailleurs pas pathognomoniques. Ils sont ininterprétables lorsqu'on n'a pas suivi de près le malade ou lorsque celui-ci ne s'est pas observé avec minutie.

Ils peuvent se voir au cours des autres complications de l'affection : ulcus calleux ou pénétrant.

La conclusion qui paraît donc pouvoir être tirée de cette étude est que, si on ne peut jamais affirmer avec certitude qu'une image ulcéreuse de la grande courbure n'est pas cancéreuse ou cancérisée, on peut toutefois affirmer qu'un ulcère présente une évolution anormale, suspecte, qu'il s'agisse d'une transformation ou d'une autre complication. Et ce doute clinique ne présente que peu d'importance, si on pose comme principe absolu que tout ulcère non typique doit être aussitôt opéré.

Ce n'est d'ailleurs pas l'intervention qui permettra de trancher le diagnostic.

Un ulcère peut parfaitement passer inaperçu lors d'une laparatomie (Obs. d'Aubert) même suivie d'une gastrotomie (Obs. de Koch et Baladan).

Mais surtout la dégénérescence maligne de l'ulcère et le cancer ulcérisé peuvent parfaitement ne pas être diagnostiqués sur le seul examen de la pièce opératoire.

L'observation de Sproull est, à ce point de vue, fort nette. Le lendemain de l'opération de sa malade, Sproull reçoit du chirurgien la lettre suivante :

« Vous serez surpris d'apprendre qu'à l'opération de Mlle X... nous avons trouvé un ulcère cer-

tain qui ne ressemblait en rien à un cancer. Il n'y avait aucune tumeur ; j'ai pratiqué l'excision de l'ulcère. »

Mais une semaine plus tard l'auteur reçoit une nouvelle lettre du chirurgien :

« Dans ma dernière lettre je vous disais que dans le cas de Mlle X... il s'agissait d'un ulcère et mes assistants et moi étions entièrement d'accord sur ce point. L'histologiste de service était également d'accord sur l'aspect macroscopique de la lésion. Mais à l'examen histologique on a trouvé un cancer..., diagnostic confirmé par différents histologistes. »

La lésion du malade de Matthews présentait aussi macroscopiquement un aspect ulcéreux et cependant l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un cancer.

A l'opposé, rappelons l'Obs. de Heim (III) où l'aspect macroscopique de la pièce était celui d'un ulcère cancérisé alors que l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un ulcère non transformé.

Seul donc l'examen histologique, fait par un histologiste compétent, permet de trancher le diagnostic entre l'ulcère et le cancer avec certitude.

Et ce fait, d'ailleurs, est conforme aux conclusions des professeurs Gosset et Duval au rapport français du II^e Congrès international de gastro-entérologie : « La laparotomie exploratrice n'est dans le cancer au début qu'une ressource de diagnostic nulle et cela dans tous les examens qu'elle permet de faire. La vue extérieure de la lésion ne donne aucun renseignement certain ; sa palpation, pas davantage ; l'examen des ganglions ne permet jamais

le diagnostic... l'ouverture de l'estomac pour examiner directement la muqueuse donne des renseignements nuls comme la vue directe de la lésion extirpée. »

Le chirurgien ne doit donc pas se fier à ses constatations opératoires pour décider du type de l'intervention à pratiquer mais suivre les indications du médecin qui a suivi cliniquement et radiologiquement le malade, et qui peut se faire ainsi une idée plus exacte de la lésion.

4) Il nous reste à discuter des diagnostics plus rares tels que :

les tumeurs bénignes de l'estomac, qui ne donnent jamais de syndromes ulcéreux nets ;

la syphilis gastrique, qui peut être confondue jusqu'à la table d'opération avec l'ulcère. Dans l'observation de Heim III, seul l'examen histologique a permis de trancher le diagnostic ;

le diverticule gastrique. Il ne présente jamais un syndrome ulcéreux. Par contre il peut être ulcérisé (thèse de Helmut Engels).

Enfin, signalons que le diagnostic peut se discuter avec l'ulcus jéjunal après gastro-entérostomie (Walther) ou avec la lympho-granulomatose (David).

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic des ulcères compliqués. Ce sont ces cas qui donnent le plus d'erreurs de diagnostic. Le syndrome ulcéreux est fortement déformé et les symptômes qui signent la complication sont les mêmes que ceux qui font craindre la cancérisation. Nous y avons suffisamment insisté à ce propos. Répétons cependant que le diagnostic entre la cancérisation et les autres com-

plications telles que la pénétration ou la périgastrite est impossible et qu'en présence d'une complication possible la seule conduite à tenir est l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic de la perforation en péritoine libre de l'ulcère de la grande courbure est identique à celui des autres perforations ulcéreuses.

En conclusion, insistons encore sur la grande difficulté du diagnostic de l'ulcère de la grande courbure, en particulier sur la difficulté presque insurmontable de son diagnostic avec le cancer.

LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE

De l'étude qui précède, il semble qu'on est en droit de déduire qu'un diagnostic d'ulcère de la grande courbure est toujours sujet à caution et qu'on doit toujours en pareil cas se méfier de la cancérisation ou du cancer ulcérimforme.

Le traitement de choix est donc le traitement chirurgical. « Aucune lésion de la grande courbure, écrit Sproull, ne doit être traitée médicalement car on pourrait perdre l'occasion d'enlever un cancer au début. La seule exception à cette règle est lorsque la lésion est associée à une syphilis générale... »

Il semble cependant que, sous surveillance attentive, on puisse soumettre le malade à un traitement médical à condition que celui-ci fasse sa preuve rapidement en déterminant une sédation rapide des symptômes fonctionnels et radiologiques. La persistance des signes cliniques ou radiologiques et l'inefficacité de traitement doivent provoquer sans délai l'opération.

L'intervention à pratiquer est la gastrectomie, quand celle-ci est chirurgicalement possible, quelle que soit l'apparence de bénignité de la lésion anatomique.

Nous avons déjà rapporté l'observation de Koch et Baladan (ulcère non visible à l'examen opératoire de l'estomac et même après gastrotomie et abouissant 3 mois après à la perforation), ainsi que l'ob-

servation de Sproull (pseudo-ulcère déterminant un an après son excision une récurrence cancéreuse avec métastase).

Il semble donc que dans l'impossibilité où est le chirurgien de se rendre compte de la nature exacte de la lésion, on doit rejeter la gastro-entérostomie, l'excision, la résection, la gastrectomie annulaire.

Nous n'insisterons pas sur les détails opératoires qui n'ont rien de spéciaux du fait de la localisation de l'ulcère sur la grande courbure. Notons cependant qu'en cas d'ulcère haut situé, on peut être très gêné par la situation sous-costale de la partie supérieure de la grande courbure.

L'anesthésie peut être générale ou de préférence locale.

L'incision est la médiane sus-ombilicale qui peut être débridée par une incision latérale sur la gauche (Finsterer).

L'ulcère calleux avec grosses adhérences indisséquables ou pénétré peut obliger à pratiquer les interventions étendues telles que gastrectomie associée à une splénectomie, à une résection partielle du pancréas (Duval) ou du colon.

Le traitement de l'ulcère perforé en péritoine libre est celui de toute perforation gastrique.

OBSERVATIONS

Des observations qui forment la base de cette thèse, certaines sont antérieures à 1935 et ont été reproduites dans la thèse de Cormaty (Obs. de Simon, Heim, Modiano, Koch et Baladan, Lorenz, Sladky, Sommer, Walther, Finsterer et Gloessner, Aubert, Kraft, Radojevic).

Nous ne reproduirons que les observations postérieures à cette date, c'est-à-dire les observations de Matthews, Popovic, Modiano (récidive), Desjackets, Chapuis et Wenger, Voet, ainsi que les observations inédites du Professeur Duval et de MM. Gutmann et Moutier.

Enfin nous reproduirons l'observation du cancer ulcérimforme de Sproull.

A. — OBSERVATIONS INÉDITES

ULCÈRE SIMPLE DE LA GRANDE COURBURE ASSOCIÉ A UN ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE

(D^r GUTMANN, N° 1)

M. F. D..., âgé de 65 ans, présente des périodes douloureuses épigastriques depuis 1920.

Elles sont caractérisées par l'existence d'une très violente douleur épigastrique, avec irradiation scapulaire gauche, survenant 1 h. 30 après le repas, souvent accompagnée de vomissements qui ne le calment pas. Cette période dure deux mois.

De 1920 à 1929 le malade n'a pas souffert.

En janvier 1929, il a présenté une période douloureuse identique. Depuis cette date, il souffre par périodes régulières de deux mois, espacées par des intervalles libres de trois mois.

A l'examen, le 25 avril 1932, on est en présence d'un sujet très amaigri. L'examen de l'abdomen est négatif. Il n'y a pas de signe de Murphy, pas de signe de Mac Burney, pas de hernie épigastrique.

L'examen radiologique pratiqué le 27 avril 1932 montre :

1) A la partie inférieure de la petite courbure une niche ulcéreuse triangulaire typique.



Fig. 1

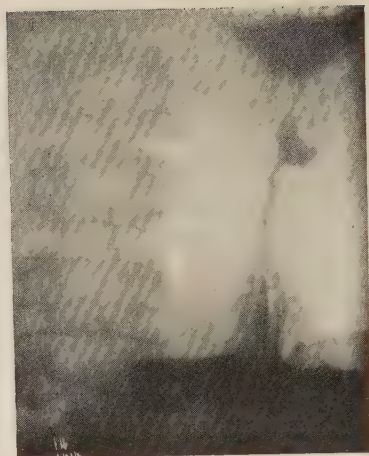


Fig. 2

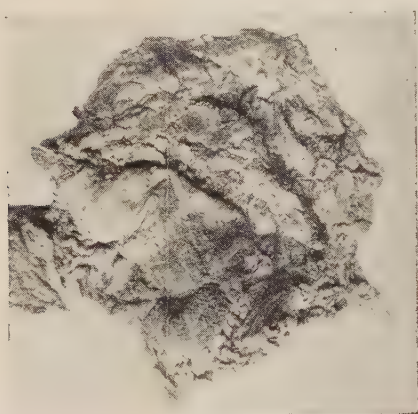


Fig. 3

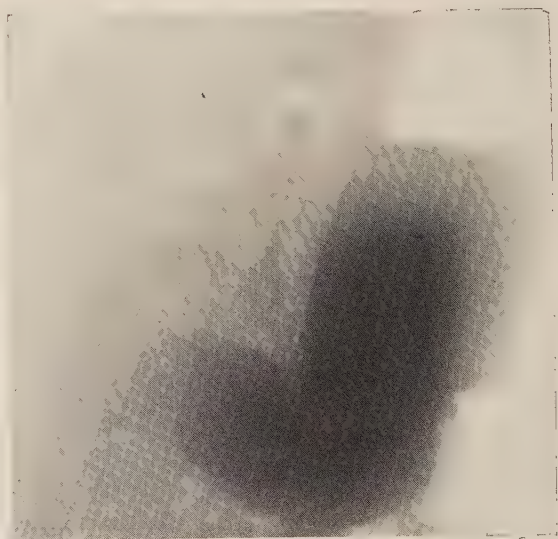
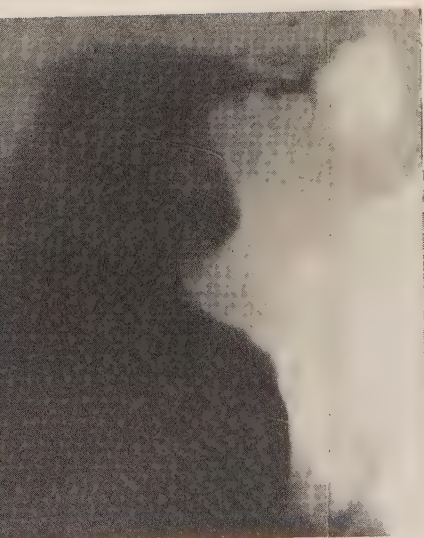


Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

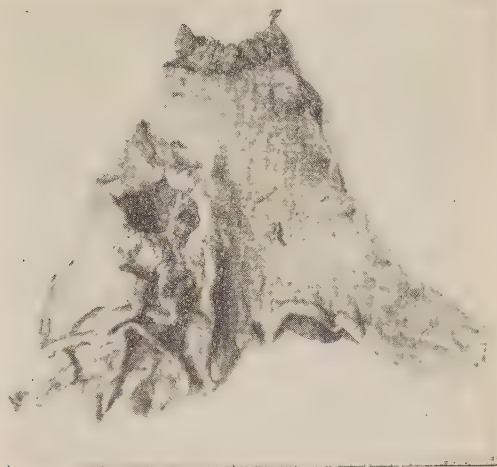


Fig. 8

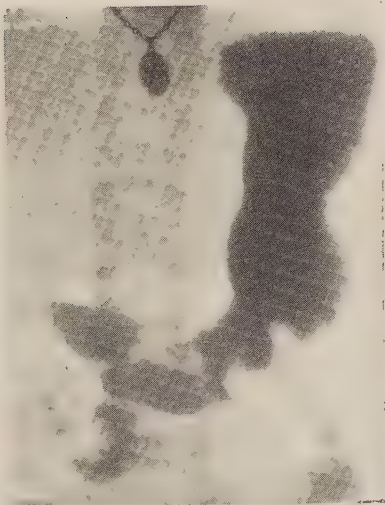


Fig. 9

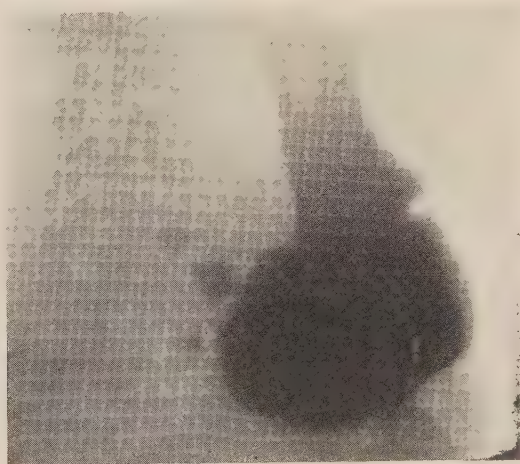


Fig. 10

2) Sur un point situé un peu plus haut, et sur la grande courbure, une petite niche conique à sommet étiré, à bord irrégulier, d'opacité non homogène. Cette niche est inscrite dans une lacune (Fig. N° 1).

Le 4 mars 1932 le malade est opéré par le Professeur Gosset. Incision médiane sus-ombilicale. On voit un duodénum souple sans ulcère. On trouve un ulcère de la petite courbure à 3 travers de doigt de la veine pylorique, et en relevant l'épiploon, on en trouve un second sur la grande ouverture. Il y a une amorce de biloculation sur la face antérieure. On fait une G.E.P.

ULCÈRE CANCÉRISÉ

(Résumé)

(D^r GUTMANN, N° 2)

Mme X..., âgée de 60 ans, vient consulter le 20 novembre 1935 pour des douleurs épigastriques.

Depuis 6 ou 7 ans, en effet, elle présente un syndrome ulcéreux typique :

Périodes douloureuses de 3 semaines à un mois, consistant en des douleurs survenant 2 heures environ après chacun des repas, siégeant à l'épigastre, sans irradiation, calmées par l'ingestion d'alcalins, accompagnées parfois de vomissements.

Intervalles de bien-être de 5 à 6 mois environ.

Mais depuis 6 mois, modification du syndrome. La douleur n'est plus aussi nettement rythmée par les repas. Son intensité n'est plus la même.

Mais surtout, cette douleur persiste, sans s'atténuer ; le traitement habituel de l'ulcère n'a pas d'action.

Gros amaigrissement depuis 6 mois.

Asthénie.

Examen entièrement négatif. Pas de signe de Murphy, ni de signe de Mac Burney.

Radiographie. Voir fig. N° 9.

Opération le 30 novembre 1935 (D^r Charrier).

Ulcère de la grande courbure. Gastrectomie (voir fig. N° 8).

Examen histologique (D^r I. Bertrand). Très large ulcère calleux, profondément creusé, entamant toute la profondeur de la paroi et interrompant la musculature sur un long trajet. Fond granuleux en dégénérescence fibrinoïde. Au delà de la couche superficielle, infiltration de tous les plans par des cellules atypiques gonflées de mucus et se présentant souvent sous la forme de cellules en anneaux. Il s'agit d'un épithélioma mucipare résultant de la transformation de l'ulcère.

Un ganglion examiné est indemne de métastase.

ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE NON COMPLIQUÉ

(D^r MOUTIER, N° 1)

(Résumé)

Mme L..., 53 ans, souffre de l'estomac depuis 6 ans. Elle présente des périodes ulcéreuses typiques

caractérisées par des douleurs survenant 3 à 4 heures après les repas, siégeant à l'épigastre, irradiant vers le dos. Entre deux périodes douloureuses, intervalle de bien-être absolu. L'appétit est excellent. Pas d'amaigrissement.

Radiographie (D^{rs} Hanriot et Malraison). Volumineuse niche triangulaire, irrégulière, non homogène, du tiers supérieur de la grande courbure (Fig. N° 10).

Gastrosco pie (D^r Moutier). Ulcère de la grande courbure exactement médian, passant de gauche à droite, et de droite à gauche pendant l'examen. Ulcère de 12 à 14 mm. de diamètre, à fond gris, très creux, très surélevé sur un plateau formé par la convergence de 3 gros plis descendant verticalement de la grande courbure (le malade étant en d. l. g.) (Fig. N° 7).

ULCÈRE CALLEUX DE LA GRANDE COURBURE

(Résumé)

(D^r MOUTIER, N° 2)

M. L..., 51 ans, présente des douleurs tardives typiques depuis 5 à 6 ans avec renforcement depuis 1 mois.

Radiographie. Hyperkynésie durable.

Gastrosco pie (D^r Moutier). Premier examen (18 novembre 1931). Introduction difficile. Lac mu-

queux développé. Gros ulcère calleux de la grande courbure empiétant sur la F. A. au ras du lac muqueux. Une partie est visible en forme de raquette de la dimension d'une pièce de 20 sous. Le reste est invisible caché par des contractions de la muqueuse (Fig. 6).

Deuxième examen (21 décembre 1931). Introduction facile mais intolérance à l'air. Grosse hypersecretion muqueuse. On retrouve l'emplacement de l'ulcère actuellement représenté par un peloton de gros plis cérébriformes au centre desquels se voit la dépression cavitaire représentée par une surface noirâtre de 7 à 8 mm. seulement. Estomac absolument calme.

(Ces gastroscopies ont été publiées dans le *Traité de Gastroscopie* du D^r Moutier.)

ULCÈRE ADHÉRANT A LA RATE ET AU PANCRÉAS

(PROFESSEUR DUVAL)

Mme G... entre dans le Service le 29 novembre 1937. Elle présente depuis 5 ans un syndrome ulcéreux typique sous forme de périodes douloureuses durant de 15 jours à un mois.

Ces périodes consistent en des douleurs siégeant à l'épigastre, irradiant en ceinture dans le dos surtout à droite, à type de crampes douloureuses survenant 2 à 3 h. après les repas, calmées par le repos au lit. Elles sont parfois accompagnées de vomissements.

Entre deux périodes, l'accalmie est complète, la malade se sentant tout à fait bien.

Mais ces temps derniers, ces phénomènes s'accroissent ; les périodes intercalaires sont de plus en plus courtes.

A partir de juillet 1937, les douleurs s'exacerbent et deviennent extrêmement violentes. Elles ne sont plus calmées par le repos. Il n'y a plus d'accalmie. Les vomissements alimentaires et bilieux sont plus abondants et plus fréquents.

Au mois d'août, la malade a un vomissement strié de sang, puis présente une petite hémathémèse.

Amaigrissement de 9 kg. en 6 mois. Asthénie. La malade a dû s'aliter depuis 3 mois.

Antécédent. Mme G. a subi en juillet 1926 une hystéropexie et une appendicectomie.

Examen. L'abdomen est souple. On note un point douloureux sus-ombilical droit.

Examen radiologique. Ulcère de la grande courbure (versant postérieur) de l'estomac (voir fig. N° 2).

Opération (12 décembre 1937), Professeur Duval). On trouve un ulcère du versant postérieur de la grande courbure adhérent fortement à la rate et à la queue du pancréas. Splénectomie. Légère résection de la queue du pancréas. Gastrectomie. Finstrer sur moignon d'estomac haut de 4 cm.

Examen histologique (M. Pierre Isidore). Ulcère profond d'une zone qui se trouve à la limite d'un re-

vêtement gastrique de type fundique et d'un revêtement de type pylorique. L'ulcère creuse et s'étend jusqu'à la sous-séreuse. Celle-ci est particulièrement épaissie et sclérosée au niveau de l'ulcère, mais ce processus de sclérose s'étend largement en dehors de l'ulcère. On y observe de nombreux foyers d'agglomérats lymphocytaires et de nombreux vaisseaux. Les nerfs y sont hyperplasiés. En surface de l'ulcère, existe une couche formée de débris tissulaires et d'éléments inflammatoires. Les bords de l'ulcère présentent, au niveau de la muqueuse (et de la sous-muqueuse de type pylorique surtout), un processus inflammatoire des plus marqués.

B. — OBSERVATIONS RELEVÉES
DANS LA LITTÉRATURE DEPUIS 1935

ULCÈRE SIMPLE DE LA GRANDE COURBURE

(W. B. MATTEWS, cas N° 1)

(Résumé)

Femme née en 1871, vue pour la première fois en 1928.

Depuis 35 ou 40 ans, elle présente 1 ou 2 fois par an des crises gastriques avec :

douleurs à l'épigastre, à type de fringale,
survenant 2 à 5 h. après les repas,
persistant jusqu'au prochain repas.

Depuis deux ans, elle souffre continuellement.

La douleur est cependant calmée par les alcalins et les vomissements.

Pas d'hémorragie gastrique ni de signe de sténose. Ces troubles seraient survenus après une typhoïde.

L'appétit est conservé. Amaigrissement de 8 livres en une année. L'examen ne montre qu'un épigastre tendu.

Hcl=0 AT=8. Moelena occulte. Sérologie négative.

Examen radiologique. Le pylore est contracté.

Existence d'une niche sur la grande courbure à 5 pouces du pylore.

Intervention. On trouve une tumeur de la grande courbure. *

Les 3/4 de l'estomac sont réséqués (Polya).

Examen anatomique. On trouve 1 ulcère sur la grande courbure, 2 petites ulcérations superficielles sur la petite courbure (?).

Examen histologique. Pas de signe de malignité.

Guérison.

ULCÈRE PRÉPYLORIQUE DE LA GRANDE COURBURE DE L'ESTOMAC

(R. Voet)

Il s'agit d'une demoiselle de 41 ans dont les antécédents héréditaires n'offrent pas d'intérêt...

Elle a commencé à présenter des troubles gastriques vers l'âge de 25 ans, dont il est difficile de reconstituer l'histoire. Les médecins qu'elle consulte à cette époque firent des diagnostics d'ulcère, d'aérophagie, et de ptose de l'estomac.

Actuellement elle se plaint d'épigastralgies survenant peu de temps après les repas, et s'irradiant dans le dos. Les douleurs, d'intensité moyenne, sont accompagnées d'aigreurs et d'une sensation de chaleur à l'épigastre. Les ingestions diminuent ces symptômes pour peu de temps. A ces manifestations

qui surviennent tous les jours aux mêmes heures et pendant des périodes de longue durée, succèdent des périodes d'accalmie relative. Les règles ne paraissent avoir aucune influence nette sur ces manifestations. La malade, très déprimée, se plaint en outre de fatigue rapide et d'amaigrissement.

Examen. Elle est du type asthénique... La tension est de 12-7 1/2... L'abdomen est souple et ne présente aucun point douloureux net sauf au Mac Burney. Le Murphy est négatif. Le foie est normal de volume... L'examen radiologique montre que la durée du transit œsophagien est d'environ 5 secondes. L'estomac, vide à jeun, présente une mobilité normale, un fond légèrement en cuvette. La petite courbure, les faces antérieures et postérieures n'offrent rien de particulier. Il n'existe pas de liquide d'hypersécrétion. L'évacuation se fait lentement sans hyperkynésie marquée. La grande courbure présente dans la région pré-pylorique un endroit un peu rigide. La radiographie debout montre à ce niveau l'existence d'une déformation angulaire surmontée d'une bulle d'air. Image de niche dont les détails apparaissent encore mieux en décubitus abdominal. En effet, les radiographies en série (9 radiographies) faites dans cette position révèlent avec une constance remarquable que la bulle d'air occupe une niche typique vers laquelle on voit converger 4 plis de la muqueuse.

Il est intéressant d'insister sur l'importance de la position de la malade pendant la prise des clichés. Les radiographies nous montrent, en effet, que la position abdominale a été la plus favorable pour faire apparaître la lésion de la façon la plus nette. Six heures après l'ingestion du repas baryté, l'es-

tomac contient environ le cinquième de la quantité ingérée.

.....
L'examen, complété par lavement, montre un mégacæcum.

ULGÈRE DE LA GRANDE COURBURE PÉNÉTRANT DANS LA RATE

(L. POPOVIC)

(Résumé)

Un ouvrier de 49 ans, sans antécédents pathologiques personnels ni héréditaires, présente depuis un an des douleurs survenant 1 à 2 heures après les repas, à type de brûlure, accompagnées de pyrosis et de nausées. Pas de vomissements.

Depuis 6 semaines, on note une exagération de l'intensité et de la durée des douleurs. Affaiblissement. Amaigrissement. Moelena.

Examen. Foie, rate, normaux en apparence. Sous le rebord costal et au milieu on constate une résistance assez dure, peu douloureuse, grosse comme un poing, relativement limitée.

Repas d'épreuve :

Kongo	0
Hcl libre	0
A T	24
Nombreux érythrocytes.	

Sérologie négative.

Premier examen radiologique. La partie supérieure de l'estomac est irrégulière et rigide. La partie inférieure est normale.

Deuxième examen radiologique. Sur la partie inférieure de la grande courbure, on constate une lacune avec un niche grande, profonde, avec ligne de niveau reliée à l'estomac par un pédicule. Les contours de la niche sont irréguliers et infiltrés.

On note l'existence de plis radiés de la muqueuse. La rate n'est pas visible ; le colon non adhérent.

Diagnostic radiologique : Ulcère de la grande courbure pénétré dans la rate et probablement cancérisé.

Opération le 23 octobre 1935. L'estomac est dilaté. Il est fixé en haut et à gauche à la rate par des adhérences non disséquables. Résection des 5°, 6° et 7° cartilages costaux.

On constate alors l'existence d'un grand ulcère du versant postérieur de la grande courbure. L'ulcère pénètre par un pédicule large de deux travers de doigts dans la rate, près du hile. Pas de signes de malignité.

Splénectomie et résection gastrique (Billroth, II), 26 octobre 1935. Mort par péritonite.

Examen de la pièce opératoire. Ulcère rond, profond, en forme d'entonnoir de 27 mm. x 30 mm., à paroi œdématiée.

La cavité intra-splénique traverse toute la profondeur de la rate. Son fond étant formé par la capsule splénique.

Histologie. Aucun signe de malignité.

ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE PÉNÉTRANT DANS L'ÉPIPLOON

(W. B. MATTEWS, cas N° 2)

(Résumé)

Homme né en 1875.

Vu pour la première fois le 6 septembre 1932.

Souffre depuis un an, 2 h. avant les repas ou juste avant les repas.

Sédation immédiate de la douleur par l'absorption de nourriture.

Pas de vomissement.

Amaigrissement de 32 livres.

Antécédent. Père et mère décédés de cancer.

Examen. Manque de souplesse du quadran supérieur gauche de l'abdomen,

Sérologie négative,

Moelena occulte.

Examen radiologique. On trouve une grosse niche à la partie moyenne de la grande courbure, avec arrêt du péristaltisme. Au centre de l'image gastrique il existe un vaste cratère qui est secondement rempli par la baryte.

On palpe sous écran une tumeur qui correspond au cratère.

Diagnostic radiologique : Carcinome annulaire très extensif de l'estomac avec légère ulcération, sans signe de sténose.

Intervention. On trouve de nombreuses adhérences reliant l'estomac, l'épiploon et le colon transverse. Les 2/3 pyloriques de l'estomac sont réséqués. Polya.

Anatomie pathologique. Ulcère de 1,5 sur 2 centimètres.

Paroi gastrique perforée, le fond de l'ulcère étant formé par le grand épiploon enflammé.

Aucun signe histologique de malignité.

ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE AVEC RÉCIDIVE

(MODIANO et AVRAM)

Présenté à la Société de Gastro-Entérologie de Paris
par R. A. Gutmann

M. B..., âgé de 54 ans, consulte en mars 1932 pour des crises douloureuses épigastriques survenues depuis environ un an, survenant 2 heures environ après les repas, accompagnées de pyrosis, de régurgitations et parfois de vomissements. Ces douleurs se reproduisent par périodes avec des intervalles libres ; mais ces intervalles deviennent de plus en plus courts et même les périodes douloureuses se soudent. A l'examen, une douleur provoquée de façon élective dans l'hypocondre gauche en un point qui répond topographiquement à la grande courbure.

On pense cliniquement à l'ulcère de la grande courbure.

Radiographie (D^r Jouveau-Dubreuil). Enorme ulcère calleux de la grande courbure (Fig. N° 4).

Intervention (D^r Modiano), 4 mai 1932, grosse lésion de la grande courbure à l'union du 1/3 supérieur et 1/3 moyen, franchement marginale, de la dimension d'une pièce de 2 francs. Gastrectomie annulaire large, section passant en tissu sain ; anstre pylorique respecté. Suites normales (Voir photographie de la pièce : Fig. N° 3).

Examen histologique (D^r Ivan Bertrand). Ulcère calleux, sans aucun symptôme de malignité.

Le malade est suivi régulièrement par nous. Il se porte bien, n'a plus aucune douleur. Des radiographies sont pratiquées en 1933, 1934 et 1935 et montrent un estomac sans aucune déformation.

En décembre 1935, première récurrence de douleurs, brûlures et renvois. Tout se passe en quelques jours.

Le 23 mars 1936, le malade consulte à nouveau. Il souffre plus fortement que lors de sa visite de décembre. Tout de suite après les repas, brûlures, régurgitations. Pas de vomissements. Point douloureux à la pression au niveau de l'hypocondre gauche, presque au même endroit qu'avant l'opération.

Radiographie (Dr Avram). Image ulcéreuse de la grande courbure. Niche typique de la taille d'un poids (Voir cliché N° 5).

Traitement. Bismuth, belladone, 21 injections de La Ristine.

Le malade est revenu en juin 1936. Il va bien et ne souffre plus.

ULCÈRE PERFORÉ DE LA GRANDE COURBURE DE L'ESTOMAC

Diagnostic radiologique. Excision de l'ulcère

(MM. R. DESJACQUES, CHAPUIS et WENGER)

M. M..., 57 ans, mécanicien.

Est terrassé au cours de son travail le 24 avril 1937 par une douleur épigastrique subite et d'acuité extrême. Il est envoyé d'urgence à l'Hôtel-Dieu par le D^r Doucet-Bon.

L'interrogatoire apprend que ce malade a présenté, en 1920, pendant trois ou quatre mois, des sensations de lourdeur et de ballonnement post-prandial, dont la disparition coïncide avec un traitement par des alcalins et le régime.

De 1920 à 1936, aucun syndrome dyspeptique.

Depuis le début de 1936, des périodes douloureuses séparées d'intervalles libres. Au cours de ces périodes douloureuses, chaque jour, le malade souffrait deux heures après les repas, dans la région épigastrique, avec irradiations dans le dos et l'épaule gauche.

En somme, syndrome ulcéreux typique.

L'examen montre une contracture épigastrique très légère douteuse : on apprend qu'avant son entrée le malade a subi une injection de morphine.

Mais il y a disparition de la matité préhépatique et un examen radioscopique révèle une collection gazeuse sous-diaphragmatique.

Intervention (D^{rs} Desjacques-Wenger) trois

heures après le début de la douleur perforante.

Anesthésie générale à l'éther. Incision transrectale droite.

Gaz et liquides dans l'abdomen.

Ulcère calleux de la grande courbure à la partie moyenne de la largeur d'une pièce de 5 francs ; la perforation, lenticulaire, est sur le versant gastrique antérieur, la callosité débordant largement sur le versant postérieur.

Résection de l'ulcère et de la zone avoisinante — large — en tissus sains, après effondrement du ligament gastro-colique. Suture verticale au fil de lin.

Un drain sous-hépatique. Fermeture.

Un examen histologique montre qu'il s'agit bien d'une lésion ulcéreuse inflammatoire sans trace de dégénérescence néoplasique.

Suites normales.

Guérison.

CANCER ULCÉRIFORME DE LA GRANDE COURBURE

(J. SPROULL)

(Résumé)

Femme âgée de 24 ans venue consulter en septembre 1928 avec l'histoire suivante :

Au début de janvier 1928 elle présente des douleurs épigastriques irradiant dans le sein gauche,

survenant 2-3 heures après les repas, évoluant avec une certaine périodicité. Elles sont calmées par l'alimentation et les alcalins.

En mai 1928, vomissements journaliers vers 5 heures de l'après-midi.

Elle consulte un médecin qui fait pratiquer un examen radiologique dont voici le résultat : spasme de la grande courbure sans lésion nette.

Sous l'action d'un traitement d'ulcère il y a amélioration immédiate de tous les symptômes. Elle a repris du poids et se sent bien.

Un mois plus tard elle a été de nouveau examinée par le même radiologiste qui a constaté à nouveau le même spasme de la grande courbure sans lésion certaine mais possibilité d'une tumeur bénigne de l'estomac.

Elle a continué le traitement et a été considérablement améliorée. Au moment où elle est venue me consulter en septembre 1928 (soit 9 mois après le début des symptômes) elle avait encore une légère douleur épigastrique de temps à autre, mais ne vomissait pas et pouvait manger de tout sans être incommodée.

Examen physique. Femme d'un certain embonpoint.

Rien de pathologique.

Examen radiologique. Déformation de la grande courbure de l'estomac qui est constatée après deux examens successifs faits à quelques jours d'intervalle. Le péristaltisme ne paraît pas passer au niveau de la déformation.

En somme si cette lésion se trouvait sur la petite courbure on aurait fait le diagnostic d'ulcère.

Mais comme le doute persistait et à cause de la longue durée des symptômes avec une si petite dé-

formation le diagnostic de tumeur bénigne de l'estomac a été fait. J'ai conseillé l'opération, mais elle l'a refusée.

En novembre 1928 un nouveau examen radiologique a donné le même résultat qu'en septembre avec deux exceptions :

- 1) le péristaltisme est normal,
- 2) une formation en cratère évidente ne peut être constatée.

Ces signes étaient en faveur d'une tumeur bénigne. L'opération a été conseillé, mais la malade refuse.

Elle revient en février 1929 demandant alors l'opération.

Un nouvel examen radiologique confirme les renseignements précédents et ne montre aucune modification de la lésion.

Intervention. A l'ouverture du ventre, on trouve une lésion ulcéreuse sur la grande courbure...

L'opérateur, son aide et l'histologiste de service estiment qu'on se trouve en présence d'un ulcère certain, sans ressemblance aucune avec un cancer — sans tumeur. On pratique une excision.

Examen histologique. Carcinome simple.

Les coupes sont envoyées à différents histologistes qui approuvent tous le diagnostic.

Un examen radiologique pratiqué en août 1930 montre une récurrence à l'endroit de la première excision.

Une opération exploratrice pratiquée en septembre 1930 montre un cancer annulaire avec métastase ganglionnaire confirmé par l'examen microscopique.

CONCLUSIONS

1° L'ulcère de la grande courbure de l'estomac est rare mais existe indiscutablement.

2° Sa pathogénie, comme celle des autres ulcères de l'estomac, est encore inconnue.

3° La clinique de l'ulcère de la grande courbure est en tout point identique à celle des autres ulcères gastro-duodénaux.

4° La radiologie de l'ulcère de la grande courbure, par contre, diffère de celle des autres ulcères du fait de la fréquence d'images lacunaires, de niches inscrites dans une lacune, d'images pseudo-néoplasiques.

5° Sa complication la plus remarquable est la pénétration dans la rate.

6° Contrairement aux opinions des auteurs allemands et américains qui pensent que tout ulcère de la grande courbure est malin, nous estimons que le nombre d'ulcères non transformés est supérieur à celui des ulcères transformés.

7° La question est rendue plus complexe par la notion du cancer ulcériforme de la grande courbure, dont les cas ne sont pas rares. Le test thérapeutique doit pouvoir, ici comme dans les autres localisations ulcéreuses, servir à établir le diagnostic, mais nous ne possédons pas d'observations le prouvant.

8° Il convient cependant de se montrer prudent dans l'affirmation du diagnostic de l'ulcère de la grande courbure et de considérer également comme une présomption en faveur du cancer toutes les modifications cliniques et radiologiques du syndrome ulcéreux sur lesquelles nous avons insisté dans ce travail.

9° Il convient également d'insister sur l'impossibilité pour le chirurgien de reconnaître, par le seul examen de l'estomac, même après gastrotomie, la nature exacte de la lésion, dont la preuve ne peut être faite que par l'examen histologique.

10° Il résulte de ces faits que, lorsqu'un ulcère de la grande courbure ne guérit pas cliniquement et radiologiquement par la thérapeutique médicale, la gastrectomie est, quel que soit l'aspect macroscopique de la lésion, le seul traitement qui donne des garanties pour la vie du malade.

Vu : *le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *le Président,*
A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCHOFF. — Über das mechanische moment in der pathogenese des runden magengeschwürs. Deutsch. mediz. wochen. 1912.
- Über die bedeutung der isthmus ventriculi für die lokalisation des magengeschwürs. Zentr. F. chirurg. 1920.
- BAUER (K.H.). — Das lokalisationsgesetz der magengeschwür-Mitteilungen aus den grenzgebieten der medizin und chirurg. 1920.
- BALEDENT. — Ulcère de la grande courbure de l'est. Amino-thérapie. Gazette médicale de Picardie, 1935.
- BERTHOLD. — Statistische Beiträge zur Kenntnis des chronischer magengeschwürs. Inaug. Diss. Berlin 1883.
- BIRGFELD. — Ein beitrage zur magenchirurgie. Arch. f. Klin. chirg. 1925.
- BLAINE. — Simple penetrating ulcer of the greater curvature of the stomach. Am. journ. of Roentgen. 1925.
- BLOCH (E.). — Statistique de l'ulcère et du cancer gastrique et duod. à l'hôpital de la Charité, de 1915 à 1925. New Orleans Medical and surgical journal, 1926.
- BRENCKMANN (E.). — Contribution à l'histophysiologie de la muqueuse gastrique en rapport avec l'élimination de l'HCL. Considérations générales sur le problème de l'ulcère. Thèse, Strasbourg, 1919.
- BRINTON. — Krankheiten des magens. Übersetzt von O. Baier. Würzburg 1862.

- BRUMMER. — Das akut in die freie bauchhöhle perforierende magen-und duodenalgeschwür. Deutsch. zeits. f. chirg. 1903.
- BUSCH. — Über die chirurgische behandlung der gutartigen magenaffektionen. Arch. f. Klin. chirg. 1909.
- CARNOT, SIMONNET, TISSIER et CACHERA. — Influences des diverses conditions expérimentales sur la production d'ulcères gastriques. Société de biologie, 1933.
- CHABRUT. — Sur 25 perforations d'ulcères G.D. en péritoine libre. Journal de chirurgie, 1931.
- CITRONBLATT. — Zur klinik pathol. des perforierten magen-und duodenalgeschwürs. Deutsch. Ztsch. f. chirg. 1912.
- CORMATY. — Ulcère de la grande courbure de l'estomac. Thèse Marseille, 1934-1935, n° 3.
- DAVID. — Ein beitrage zur etiologie des ulcus der grossen Kurvatur. Acta chirurgica scandinavica, 1928.
- DECHAMBRE et NEBOUR. — Lésion de la grande courbure de l'estomac à type ulcéreux apparemment guérie après traitement spécifique. Société d'électro-radio. du Centre et du Lyonnais, séance du 6-6-1936. In Centre Médical, 1936.
- DESJACQUES, CHAPUIS et WENGER. — Ulcère perforé de la grande courbure. Diagnostic radiologique. In Lyon Médical, 1937.
- DUVAL, ROUX et BECLÈRE. — Radiologie clinique du tube digestif, 1927.
- ENGELS HELMUT. — Ulcus-diverticule de la partie supérieure de la grande courbure. Thèse, Berlin, 1934.
- FEDERMANN. — Über das akut in die freie bauchhöhle perforierte magengeschwüre. Deutsch. zeits. f. chirurg. 1907.
- FBIST. — In die Milz penetrierendes ulcus der Grossen Kurvatur. Med. Klin. 1928.

- FINSTERER et GLOESSNER. — In die Milz penetrierendes ulcus der grossen Kurvatur des Magens. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurg. 1913.
- FORSELL. — Normale und Pathologische Reliefbilder der Schleimhaut ein überblick die autoplastik des Digestionkanals. Verhand. der Deutsch. ges. f. Verdauungskrankheiten, 1927.
- GALDAU. — Ulcerelle Stomachale alle marei curburi. Clujul medical Romania, 1930.
- GEILINGER. — Beitrag zur diagnostic des kurvaturalen magengeschwürs. Schweiz. med. Wochen. 1921.
- GLUZINSKI. — Über die Behandlung des peptischen Magengeschwürs. Wiener Klini. Wchnschr. 1900.
- GOSSET et DUVAL. — Rapport au 2^e Congrès international de gastro-entérologie, Paris 1937.
- GRÖDEL et LEVI. — Über ein fall von doppeltem kallosem ulcus ventriculi. Zeits. f. Röntgenkunde, 1912.
- GROSS (F. et G.). — Perforation de l'estomac par ulcère. Revue de Chirurgie, 1904.
- GRUBER. — Zur statistik der peptischen affeccionem in magem, oesophagus und duodenum. Munch. med. Wochen, 1911.
- GUTMANN (R.A.). — Les syndromes douloureux de la région épigastrique (2^e édition, tome I).
— Rapport au 2^e Congrès international de Gastro-entérologie. Paris, 1937.
- GUTZEIT et KUHLMANN. — Über die symptomatik der ulcera ventriculi an der grossen kurvatur. Fortsch. a. d. g. d. röntgen. 1934.
- GUTZEIT et TEITGE. — Die Gastroskopie. Berlin et Vienne, 1937.
- HAUSER (G.). — Die peptischen schadigungen des mägens des duodenum und der speiseröhre und das peptische postoperative jejunalgeschwür. In handbuch der Speziellen Pathologischen anatomie und Histologie. Berlin 1926.

- HEIM. — Ulcera an der grossen Kurvatur des Magens. Arch. f. Klini. Chirurg. 1934.
- JEDLIČKA. — Zur operativen Behandlung des chronischen Magengeschwürs u. dessen Begleiterscheinungen. Monographie, Prague 1924.
- KIRSCH. — Beitr. zur Statistik des Ulcus Ventriculi rotundum. Inaug. diss. Munich. 1910.
- KOSSINSKY. — Laesiones pepticae ventri. et duoden. Inaug-diss. Erlangen 1913.
- KRAFT. — Ulcus penetrans an der grossen Kurvatur. Fortsch. a. d. g. d. röntgen. 1921.
- KOCH et BALADAN. — Ein seltener fall von perforiertem geschwür der grossen kurvatur des magens. Zent. f. Chirurg. 1928.
- KREUZER. — Die Chirurgische behandlung des runden magens. Arch. f. Klini. Chirurg. 1905.
- LEDoux-LEBARD. — Manuel de Radiologie. Paris 1933.
- LEHRNBECHER. — Complications rares dans l'ulcère gastrique pénétrant. Arch. f. Klinische Chirurgie, 1923.
- LERICHE. — Pathogénie de l'ulcère peptique post-opératoire. Rapport au Congrès français de chirurgie, 1931.
- LORENZ. — Beitrag zur Kenntnis von ulcus ventriculi an der grossen Kurvatur. Arch. f. Verdauungskrankheiten 1924.
- LUDIN. — Beitrag zur magenröntgenologie. Arch. f. Verdauungskr. 1924.
- MATTHEWS, WARREN (B.). — Peptic ulcers involving the greater curvature of the stomach. Annals of Surgery, 1935.
- MAYO (C. et H.). — Gastric and duodenal ulcer. Annals of Surgery 1921.
- MEDANIC. — Par zasebnih stanovitih s. odjela. Optarujica duodena zuenim kamenom. Ulcus velika kurvatur penetrijom u sleznu ; Liječnicki ujesnik 1925.

- MODIANO et AVRAM. — Un cas d'ulcère de la grande courbure avec récidive. Soc. de Gastro-Entérologie de Paris. In Arch. des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la Nutrition. 1936.
- MONDOR (H.). — Diagnostics urgents : Abdomen. 3^e éd. Paris 1937.
- MORTON. — Obs. on peptic ulcers. Annals of surgery, 1928-29.
- MOUTIER (F.). — Traité de Gastrosopie et de pathologie endoscopique de l'estomac. Paris, 1935.
- Rapport au 2^e Congrès international de Gastro-entérologie, Paris, 1937.
- NOLTE. — Häufigkeit des runden Magengeschwürs in München. Inaug.-diss. Munich 1896.
- PAUCHET, LUQUET, HIRSCHBERG. — Ulcère de l'estomac et du duodénum.
- PODLAHA. — O vstahu chronicity Kallonišo vředu zaled. Casopis lekaru ceskych, 1923.
- PONCELET. — Le Cancer de la grande courbure de l'estomac. Thèse, Bordeaux, 1930-31.
- POPOVIC. — Ulcère de la grande courbure et pénétration splénique ; Fors. a.d.g.d. Rontg. Mars 1936.
- RADOJEVITCH. — Du meilleur traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. Thèse Bordeaux 1923-24.
- RADOJEVITCH. — Über ulcera ventriculi ad curvaturam majorem. Arch. f. verdauungskrankheiten 1933.
- RAUL. — Ulcère de la face antérieure de l'estomac coexistant avec un ulcère de la grande courbure. Comm. au Congrès Fr. de Chir. 1927.
- RIEDEL. — Die entfernung des mittlerem abschnittes vom magengeschw. Deut. Med. Woch. 1907.
- RONNEAUX. — Quelques cas rares d'ulcères gastriques à ima-

- ges diverticulaires. In Bull. Off. Soc. Fr. Electr. et Radio. 1923.
- Diverticules intra-spléniques d'origine gastrique. Bull. et Mém. Soc. Radio. Med. de Fr. 1933.
- SCHLESINGER — Röntgendiagnostic der magen und darm-krankheiten, 1917.
- SCHUEURMAN. — Über die Häufigkeit des runden Magengeschwürs in München. Inaug.-diss. Munich 1896.
- SCHNEIDER. — Über die Häufigkeit des runden Magengeschwürs in München. Inaug.-diss. Munich 1906.
- SCHENZ, BAENSCH, FRIEDEL. — Röntgendiagnostic. Leipzig, 1932.
- SCHMITT. — Zur chirurgischen behandlung des magengeschwürs. Bruns. beitrage. 1910.
- SMITHIES. — Rapports de l'ulcère et du cancer. The Journal of the American Medical Ass. 1913.
- STURTEVANT, MILLS et SCHAPIRO. — Gastric et duodenal ulcer. Arch. int. Med. 1926.
- SECHER. — Ulcus ventriculi curvaturae majoris mit nischenbildung. Klin. Woch. 1922.
- SEILINGER. — Peptic ulcers in infants under one years of age. Annals of Surgery, 1932.
- SIMON. — Vred velkeho zakriveni zaludku. Casop. Lek. Cesk, 1927.
- SKVARIL. — Vred velkeho zakriveni zaludku. Ibid. 1930.
- SLADKY. — Zaludecni vred navelke kurvature. Ibid. 1928.
- SOMMER. — Ulcus penetrans der grossen kurvature des magens. Klin. Wochen. 1927.
- SPROULL. — A discussion of the occurence of benign ulcer on the greater curvature. Am. Jour. of Roentg. 1931.
- STOHR. — Über einen fall von ulcus am pyloricus bei einem 22 monate alten Kinde als folge einer lotwasservergiftung. Zentral. f. Chirur. 1925.

STOLZ et HICKEL. — Volumineux diverticule de l'estomac. Gastrectomie partielle. Guérison. Bull. Soc. Anat. Paris, 1923.

TIMBAL. — Ulcères de la grande courbure. Progrès Médical, 1920.

VOET. — Un cas d'ulcère pré-pylorique de la grande courbure de l'estomac. Sté de Gastro-Entérologie de Paris. Séance du 11 Mai 1936.

WALTHER. — Ein fall von ulcusnische an des grossen kurvatür am operierten magen. Fort. a.d.g.d. roentg. 1923.

WOLOWELSKY. — Über die Häufigkeit des U. ventriculi und duodeni. Inaug.-diss. Bâle, 1906.

